

入院・入所要介護老人のニーズと適合施設に関する研究

山崎 紀美* 北川 定謙^{2*}
成瀬 優知^{3*} 鏡森 定信^{3*}

現在、各種の高齢者サービスが進められているが、必ずしも実際に供給されるサービスと高齢者のニーズが一致せず、両者の間にミスマッチがある場合もある。

特養ホームの入所対象者が入院したり、本来、在宅療養が適当であるにもかかわらず、入院を継続するいわゆる「社会的入院」について、以前から指摘されていた。

しかし、これを数量的に明らかにしたわが国の論文は見あたらない。

本研究は、施設・在宅サービスを計画的に整備し、それらの社会資源を効率的に運用することを目的に、要介護老人のニーズを基礎にした施設入所対象数を試算し、これと老人保健福祉計画の入所対象数を比較検討した。社会資源は、白澤¹⁾のいう「保健・医療・福祉・住宅の各種公的サービスにとどまらず、ボランティアや近隣の支援を含むサービス資源」とした。「社会資源が整備された場合、要介護老人のニーズに最も適する施設（以下、最適施設と略す。）」の各施設対象者の数量化を試みた。調査地域は、都市近郊のS地域と農村のN地域の2地域であり、対象者は、病院、老健施設、特養ホームを調査時点（1992.12.10）に入院・入所した全要介護老人である。各施設の看護婦長等が、対象者別に各項目を判定し、以下の結果を得た。

- (1) 入院患者のうち、看護婦長等が「最適施設は病院である。」と判定した割合は、S地域では全患者の84.6%であり、N地域では66.6%であった。
- (2) 全対象者のうち、「最適施設は在宅である。」と判定した割合は、S地域では11.7%であり、N地域では14.1%であった。
- (3) 老人保健福祉計画の策定に最適施設の手法を用いると、目標年度（2000年度）のS地域の在宅対象数は、計画値より21.1%増加し、N地域は27.2%増加した。

今後、老人保健福祉計画の実施に伴い、在宅療養数が増加し、その結果、一人当たりの在宅支援サービスは不足することもありうる。

Key words: 要介護老人、適合施設、社会的入院、老人保健福祉計画

I 緒 言

昭和60年の医療法の改正により、都道府県は二次医療圏単位に医療計画を作成し、保健医療事業を計画的に実施することを義務づけられた。さらに、平成2年の老人福祉法改正により、市町村と都道府県は、老人保健福祉計画を策定し、平成12年を目標年度とした施設および在宅サービスを、計画的に整備することを求められた。しかし、現在、病院、特別養護老人ホーム（以下、特養ホームと略す。）、老人保健施設（以下、老健施設と略

す。）の本来の機能と、実際利用している入院・入所者のニーズは、必ずしも一致しない。要介護者の重症度、生活自立度、世帯構成から、施設入所が望ましいにもかかわらず在宅療養を続けざるを得ない例や、逆に在宅療養対象者がやむをえず入院を継続するいわゆる「社会的入院」例も、見聞している。しかし、この地域内の要介護老人のニーズと、各施設機能との間に生じるミスマッチを明らかにした報告を、筆者は把握していない。上述の老人保健福祉計画を策定するにあたり、要介護老人のニーズを考慮する事が望ましいと指摘されたが²⁾、計画にとりいれた自治体はなかった。しかし、今後、施設サービス・在宅サービスを計画的に整備し、地域の社会資源を効率的に運用するシステムを構築することは、重要なことと思われる。

* 福井県小浜保健所

^{2*} 前国立医療・病院管理研究所

^{3*} 富山医科薬科大学保健医学教室

連絡先：〒917 福井県小浜市四谷3-10

福井県小浜保健所 山崎紀美

本研究は、施設サービス・在宅サービスの計画
的整備、および地域社会資源の効率的運用に資す
ることを目的に、要介護老人のニーズに基づいた
施設入所対象数を試算し、これと老人保健福祉計
画の各入所対象数を比較検討した。

Ⅱ 研究方法

1. 調査対象地域、調査時期、調査施設および
対象者

1) 調査対象地域

調査対象地域の概要（1994年3月現在）を表1
に示した。

S地域は、兵庫県の南東部に位置し、近年人口
増加が著しい地域である。老年人口割合は10%と
低く、65歳以上の高齢者世帯率も低い。しかし、
地域内の医療施設は整備され、周辺地域からの患
者の流入が多い地域である。

一方、N地域は、石川県の北部に位置し、人
口49,000人のN市を中心とした農村地域である。
老年人口割合は18%と高く高齢者世帯率も高い
が、医療施設とともに福祉施設も整備されてお
り、患者の流出入は比較的少ない。

S地域の要介護老人数は、557人であり、これ
は65歳以上人口の8%をしめる。内訳は、施設入
所者が61%であり、そのうち病院が52%と最も多
い。N地域は、1,013人であり、65歳以上人口の
6%である。施設入所者が64%であり、病院は
36%であった。

2) 調査時期

調査は、1992年12月10日に実施した。

3) 調査対象施設と調査対象者

調査対象施設は、地域内の病院、老健施設と特
養ホームの全施設であり、S地域は9施設、N地
域は12施設である。調査対象者は、調査時期に調
査施設を利用した当地域の要介護老人である。要
介護老人の基準は厚生省の「障害老人の日常生活
度（寝たきり度）判定基準」³⁾を用いた。

2. 調査票の概要

調査項目は、対象者の性別、年齢、患者住所、
生活自立度（自立：寝たきり判定基準Jランクで
あり、独歩に相当。準寝たきり：判定基準A、B
ランクであり、護送に相当。寝たきり：判定基準
Cランクであり、担送に相当。）痴呆の有無（痴
呆あり：しばしば意思の疎通を欠く程度。なし：

表1 調査地域の概要（1994年3月）

	S 地域	N 地域
管内市町村数	1 市	1 市 6 町
65歳以上人口/全人口	6,811/64,560 (10) ³⁾	16,289/89,762 (18) ³⁾
高齢者世帯数 ¹⁾ /全世帯数	4,501/18,162 (29)	11,657/25,420 (45)
同居世帯数 ²⁾ /高齢者世帯数	3,332/4,501 (74)	9,258/11,657 (79)
病院（定床）	6 施設 (2,204)	8 施設 (1,464)
特別養護老人ホーム （定員）	2 施設 (100)	3 施設 (204)
老人保健施設（定員）	1 施設 (138)	1 施設 (100)
要介護老人数	557 (100) ⁴⁾	1,013 (100) ⁴⁾
（利用施設）		
病院	287 (52)	362 (36)
特別養護老人ホーム	44 (8)	210 (21)
老人保健施設	6 (1)	77 (7)
在宅療養	220 (39)	364 (36)

¹⁾ 65歳以上の世帯員が1人以上いる世帯数。
²⁾ 高齢者世帯のうち複数世帯と同居している世帯数。
³⁾ () 内は百分率である。
⁴⁾ () 内は要介護老人数に対する百分率である。

上記以外）および最適施設（病院、特養ホーム、
老健施設、在宅の4施設のなかから「社会資源が
整備された場合」の各対象者のニーズに、最も適
した施設）の合計6項目であった。

3. 調査方法

当該地域を所管する保健所の協力を得て、地域
医師会代表、病院管理者、施設管理者および市町
村担当者とともに、調査目的、方法、結果の公表
について協議した。つぎに対象施設の病棟婦長や
主任看護婦（以下、婦長等と略す。）を対象に、
説明会を開催し、調査目的、方法、各項目の判定
基準および施設機能を確認した。施設機能は厚生
省老人保健福祉局監修による「老人の保健医療と
福祉—制度の概要と動向」⁴⁾に基づいた。

調査項目の判定は、調査対象毎に重症度、生活
自立度、世帯構成を、最もよく把握している婦長
等が行い、調査票に記入した。後日、保健所の担
当者が回収し集計した。

4. 分析方法

1) 施設適合度の定義

全入院患者のうち、婦長等が「最適施設は病院である。」と判定した者の割合を、病院適合度と定義した。特養ホーム適合度、老健施設適合度も同様に定義した。

2) 施設適合総数の定義

全対象者のうち、婦長等が「最適施設は病院である。」と判定した総数を、病院適合総数と定義した。同様に、特養ホーム適合総数、老健施設適合総数および在宅療養適合総数を定義した。

3) 対象者の特性と病院適合度

入院患者の性別、年齢別、寝たきり度別、痴呆の有無別および地域別の病院適合度を、 χ^2 検定を用いて検討した。

4) 老人保健福祉計画の目標数

S地域およびN地域の老人保健福祉計画(1994年3月策定)の目標年度(2000年)の入所対象数の算定は、各地域とも厚生省マニュアルに準拠した。入院対象数は策定時の現状数とほぼ同数であり、特養ホーム対象数は目標年度の65歳以上人口の1.2%、老健施設対象数は1.0%である。

5) 施設適合度を用いた各施設適合総数の算出
目標年度の病院、特養ホーム、老健施設の適合総数および在宅適合総数を、上記の施設適合度を用いて算出する。

(1) 1994年から2000年までの当該地域の年齢階級別(i)人口増加予測率(P_i)を、老人保健福祉計画の人口予測値より算出する。

(P_i) $i=1$; 65-74歳, $i=2$; 75歳以上

(2) 年齢階級別(i)、利用施設別(j)利用数(N_{ij})を老人保健福祉計画の現状値より明らかにする。

(N_{ij}) $j=1$; 病院, $j=2$; 特養ホーム, $j=3$; 老健施設

(3) 年齢階級別(i)、利用施設別(j)に、最適施設(k)の施設適合度(Q_{ijk})を、本調査結果から求める。

(Q_{ijk}) $k=1$; 病院, $k=2$; 特養ホーム, $k=3$; 老健施設, $k=4$; 在宅

(4) 年齢階級別(i)地域住民の地域外施設別(j)利用数(n_{ij})を、老人保健福祉計画の現状値より、明らかにする。

(5) 「当該地域住民が、地域外施設を利用した

場合の施設適合度」と、「地域外住民が、地域内施設を利用した場合の施設適合度」は等しいと仮定し、地域外利用者の各施設適合度(q_{ijk})を、本調査結果から求める。

(6) 暦年別(m)の地域内病院適合総数を X_m 、地域内特養ホーム適合総数を Y_m 、地域内老健施設適合総数を Z_m 、地域外病院適合総数を x_m 、地域外特養ホーム適合総数を y_m 、地域外老健施設適合総数を z_m とする。

$m=1$; 1994年, $m=2$; 2000年

$m=1$ の地域内病院適合総数(X_1)は、

$$X_1 = (N_{11}Q_{111} + N_{12}Q_{121} + N_{13}Q_{131}) + (N_{21}Q_{211} + N_{22}Q_{221} + N_{23}Q_{231}) = \sum \sum N_{ij}Q_{ij1} \text{ である。}$$

同様に、 $Y_1 = \sum \sum N_{ij}Q_{ij2}$

$$Z_1 = \sum \sum N_{ij}Q_{ij3}$$

$$x_1 = \sum \sum n_{ij}q_{ij1}$$

$$y_1 = \sum \sum n_{ij}q_{ij2}$$

$$z_1 = \sum \sum n_{ij}q_{ij3} \text{ である。}$$

(7) 在宅療養適合総数(H_m)は、老人保健福祉計画より算出される全要介護老人数(T_m)から、各施設適合総数を引いた残数とする。その結果、 $m=1$ の在宅療養適合総数(H_1)は、

$$H_1 = T_1 - (X_1 + Y_1 + Z_1 + x_1 + y_1 + z_1)$$

である。また、 $m=2$ の適合総数は、

(N_{ij}) および (n_{ij}) に (P_i) を乗じ、

$m=1$ と同様の方法で算出した。

Ⅲ 研究結果

1. 調査対象者の概要(表2)

S地域の対象者は341人であり、そのうち入院患者は306人(89%)であった。同様にN地域の対象者は706人であり、入院患者は443人(63%)であった。両地域の対象者は、女が73%を、85歳以上が28%をしめた。「寝たきり」は、49%を、「痴呆あり」は64%をしめた。

2. 施設適合度と施設適合総数(表3)

S地域の病院適合度は、84.6%、特養ホーム適合度は96.7%、老健施設適合度は0%であった。S地域の全対象者中、病院適合総数は76%、特養ホーム適合総数は11%、老健施設適合総数は1%、在宅療養適合総数は12%であった。

N地域の各施設適合度は67%、96%、7%であり、各施設適合総数は、各々44%、38%、4%、

表2 調査対象者の概要（1992年12月10日 調査時点）

	S 地域	N 地域	計
対象者数（人）	341 (100) ²⁾	706 (100)	1,047 (100)
現利用施設			
病院	306 (89)	443 (63)	749 (71)
特養	30 (8)	187 (27)	217 (21)
老健施設	5 (1)	76 (10)	81 (8)
性 男	95 (27)	191 (27)	286 (27)
女	246 (72)	515 (73)	761 (73)
年齢 65-74(歳)	70 (20)	160 (23)	230 (22)
75-84	183 (53)	341 (48)	524 (50)
85-	88 (25)	205 (29)	293 (28)
生活自立度 ¹⁾			
自立・痴呆あり	123 (36)	24 (3)	147 (14)
準寝たきり・痴呆あり	47 (14)	133 (19)	180 (17)
準寝たきり・痴呆なし	43 (12)	164 (23)	207 (20)
寝たきり・痴呆あり	95 (28)	251 (35)	346 (33)
寝たきり・痴呆なし	32 (10)	133 (19)	165 (16)

1) 生活自立度の不明者が、S 地域、N 地域に各々1人いた。

2) () 内は、百分率である。

14%であった。

3. 対象者特性別の病院適合度（表4，5）

病院適合度は、性別により二群間に有意な差はなかった。年齢も65-74歳，75-84歳，85歳以上の三群間に、有意な差はなかった。
しかし寝たきり度別では、「準ねたきり」群と「寝たきり」群には差がないが、「自立」群と「準寝たきり」群、「自立」群と「寝たきり」群の間には各々有意な差があり、「自立」群の病院適合度は、後者二群より有意に高かった。一方、「痴呆あり」群と「痴呆なし」群の間にも有意な差があり、「痴呆あり」群の病院適合度は高かった。S 地域と N 地域の二群間も有意の差があり、S 地域の病院適合度が高かった。

表3 二地域の施設適合総数と施設適合度

表3-1 S 地域					
現施設	対象数	最 適 施 設			
		病院	特 養 ホーム	老健 施設	在宅
病院	306	259 (84.6)	8	4	35
特養ホーム	30	0	29 (96.7)	0	1
老健施設	5	0	1	0 (0)	4
施設適合総数		259	38	4	40

() 内は施設適合度である。

表3-2 N 地域					
現施設	対象者	最 適 施 設			
		病院	特 養 ホーム	老健 施設	在宅
病院	443	295 (66.6)	48	25	75
特養ホーム	187	6	180 (96.3)	0	1
老健施設	76	8	39	5 (6.6)	24
施設適合総数		309	267	30	100

() 内は施設適合度である。

4. 目標年度（2000年度）の施設適合総数の算出

S 地域の計画策定年度（1994年）と目標年度（2000年）の施設適合総数を、以下の数値を用いて算出した。

S 地域の $N_{11}=53$, $N_{12}=4$, $N_{13}=0$, $N_{21}=194$, $N_{22}=26$, $N_{23}=5$, $Q_{111}=0.841$, $Q_{121}=0.067$, $Q_{131}=0.133$, $Q_{211}=0.848$, $Q_{221}=0.059$, $Q_{231}=0$ より、1994年の地域内病院適合総数 (X_1) は、 $X_1=\sum\sum N_{ij}Q_{ij1}=211$ である。

同様に $Y_1=37$, $Z_1=1$, $x_1=35$, $y_1=14$, $z_1=1$ である。その結果、1994年の在宅療養適合総数 (H_1) は、

$$T_1=557\text{から}, H_1=258\text{である。}$$

また、 $P_1=2.34$, $P_2=1.29$ を用いて、 $X_2=319$, $Y_2=54$, $Z_2=2$, $x_2=55$, $y_2=21$, $z_2=1$ である。その結果、2000年の在宅療養適合総数 (H_2) は、 $T_2=854$ から、 $H_2=402$ である。

表4 入院群の各特性と病院適合度
表4-1 性別病院適合度

	適 合	不適合	計
男	175	51	226
女	379	144	523
計	554	195	749

$\chi^2=2.0$

表4-2 年齢別病院適合度

	適 合	不適合	計
65-74	131	50	181
75-84	294	92	386
85+	128	53	181
計	553	195	748

$\chi^2=2.2$
最適施設の不明者が¹1人いる。

表4-3 寝たきり度別病院適合度

	適 合	不適合	計	
自立	136	3	139	} ¹⁾ } ³⁾
準寝たきり	180	93	273	
寝たきり	236	99	335	
計	552	195	747	

¹⁾ $\chi^2=52.5, p<0.001$ ²⁾ $\chi^2=1.4$
³⁾ $\chi^2=43.6, p<0.001$
最適施設の不明者が²2人いる。

表4-4 痴呆の有無別病院適合度

	適 合	不適合	計
あり	358	93	451
なし	194	102	296
計	552	195	747

$\chi^2=17.7, p<0.01$
最適施設の不明者が²2人いる。

同様にN地域は、 $X_1=255, Y_1=258, Z_1=25, x_1+y_1+z_1=34$ であり、 $T_1=1,013$ から $H_1=441$ である。

2000年は、 $X_2=297, Y_2=302, Z_2=30, x_2+y_2+z_2=39, T_2=1,281$ から、 $H_2=613$ である。

表5 入院群の地域別病院適合度

	適 合	不適合	計
S地域	259	47	306
N地域	295	148	443
計	554	195	749

$\chi^2=30.6, p<0.05$

表6 S地域 老人保健福祉計画の対象数と施設適合総数

	計画策定年度		目標年度	
	現 状	適合数	目標数	目標適合数
全要介護数	557	557	854	854
施設利用数	337	299	522	452
(内訳)				
病院	247	211	281	319
特養ホーム	30	37	133	54
老健施設	5	1	108	2
地域外施設	55	50	—	77
在宅療養数	220	258	332	402

計画策定年度；1994年 目標年度；2000年

表7 N地域老人保健福祉計画と施設適合総数

	計画策定年度		目標年度	
	現 状	適合数	目標数	目標適合数
全要介護数	1,013	1,013	1,281	1,281
施設利用数	649	572	799	668
(内訳)				
病院	362	255	362	297
特養ホーム	187	258	243	302
老健施設	76	25	194	30
地域外施設	24	34	—	39
在宅療養数	364	441	482	613

計画策定年度；1994年 目標年度；2000年

Ⅳ 考 察

わが国は、高齢者社会の到来に伴い病院・施設の整備および在宅療養支援サービスの拡充が緊急に求められている。そして、あらためて要介護老人のニーズと、施設機能との間のミスマッチの解消を指摘された。この原因として、施設の未整

備、病院と施設の看護力の相違、自己負担額の差、在宅支援制度の不備、施設入所および在宅サービスの利用に対する心理的抵抗等が考えられる。しかし、このミスマッチを現場の施設で調査し、数量化したわが国の研究報告を、いまだ筆者は把握していない。

Donaldson⁵⁾らは、「場違いの患者」が急性一般病棟に23%、老人科に19%、精神科に13%存在すると報告した。Rubin⁶⁾らは、全患者の4.8%、60歳以上の患者の12%が、入院医療を必要としない患者であると報告している。

今回の結果によると、S地域の病院適合度は84.6%であり、N地域は66.6%であった。対象施設は、地域内の全病院であり精神病院を含んでいる。しかし、この数値から現在入院中であるが、必ずしも本人のニーズと一致しないいわゆる「社会的入院」が、S地域の入院患者の15.3%を、N地域の33.4%をしめるとも解釈できる。この数値は、医療福祉環境の異なる2地域のみを対象とした結果であるが、上述のDonaldsonら⁵⁾やRubinら⁶⁾の「場違いの患者」に相当する数値であるとも解される。

しかし、この数値の解釈には、以下の点も無視できない。第一は、「社会資源が整備された場合」の解釈である。各地で、急速に高齢者を対象とした施設が整備されつつある状況のもと、各婦長等は、施設について必ずしも十分に理解していなかったとも思われる。特に、老健施設は1987年に創設され、調査時点の1992年には各地域とも一施設しか設置されていなかった。そのため、我々は、婦長等の判断基準をできるだけ客観化させる目的で、説明会を開催し、各人の判定基準を統一させる事を試みた。しかし、なお「あいまいさ」も残った。第二に、婦長等が単独で調査項目を判定した点である。医師、医療ソーシャルワーカー、担当看護婦および行政関係者等の多職種が協議すれば、また異なった結果もあっただろう。しかし、関係者が協議して転所時期や転所先を決定するシステムは、わが国ではほとんどなく、今回の婦長等の判定結果は、現状のシステムを反映しているとも考えられる。以上のように、今回の結果の解釈には慎重を要する点もあるが、わが国で各施設適合度を明示したことは興味深いと思われる。

「在宅療養が適当である」と婦長等は判定した

割合は、S地域では全対象者の11.7%、N地域では14.7%と高率であった。しかしこれは、「社会資源が整備された場合」であり、現状の在宅サービスのもとでの在宅療養ではない。

田宮⁷⁾らは、終末期の在宅療養に往診医の存在が必要であり、それは「本人の病状」より「介護者の不安解消」にとって不可欠であると報告している。黒田⁸⁾は、在宅療養群は、入院群、特養ホーム入所群と比べ、障害レベルは中等度であり、家族同居率や有配偶者率が高く、一戸建て持ち家が多いと指摘している。また、現在、在宅療養をしている要介護老人は、「在宅療養が可能である条件を備えている老人」であり、条件の一部が欠け入院・入所せざるをえないケースが増加していると論じている。石崎⁹⁾や高鳥毛²⁾は、在宅療養者は入院・入所期間が短く、自宅が一戸建てでかつ専用の部屋を有する事に注目し、在宅療養の条件として、良好な居住空間や安定した家計を指摘した。このように、在宅療養を推進するには、病状、家族介護力、家計・住宅事情という個人的要因とともに、往診医の存在や配食サービス、入浴サービスを含む社会的支援システムが不可欠である。

入院患者の「痴呆あり」群の病院適合度は、「痴呆なし」群と比べて有意に高く、入院中の痴呆老人の最適施設として婦長等は、病院を選択する傾向があった。これは、調査時点の痴呆性老人の利用施設は、精神病院、老人病院および特養ホームが主であり、痴呆性老人対応の老健施設や在宅痴呆性老人を支援するデイケア、デイサービスセンターは、全国的にはいまだ設置されず利用者はほとんどいなかった。そのため、「社会資源が整備された場合」と仮定しても、入院中の痴呆老人に対して、施設特に病院を中心とする考えが主であったと考えられる。

医療・福祉環境が異なる2地域の入院患者の病院適合度は、S地域がN地域より高かった。岩本¹⁰⁾は、Y県の全医療機関を、大学病院、地域中核病院、地域病院、老人病院、精神病院の6群に区分し、病院機能や在院期間から高齢者の入院実態を調べた。その結果、地域病院と老人病院の入院患者は、寝たきり老人や痴呆老人が高率であり入院期間が長いという点で、類似した機能を有すると論じた。また、痴呆老人は、地域に精神病床

が多い場合は、精神病院へ、精神病床が少ない場合は、老人病院へ入院する傾向があり、地域の医療環境により、同じ要介護老人であっても入所施設が異なると報告している。

今回の結果、医療施設や病床数が多く、逆に特養ホーム等の福祉施設が少ないS地域のほうが病院適合度が高かった。これは、婦長等が判定にあたって、S地域の医療福祉環境に影響されたと考えられる。

寺崎¹¹⁾は、3地域12長期療養型施設の利用者のADLや、医療サービス利用状況を調査した。その結果、要介護老人のニーズと現状の施設区分が合致しておらず、個々のニーズに関する定量化の必要性を論じた。今回、我々も「客観的な判定基準」を試みたが、完全にはできなかった。しかし、逆に、全国一律の基準を用いる事が、人口、高齢化率、財政状況、産業構造や医療福祉環境が大きく異なるわが国で、現実的であろうかという疑問も同時に生じた。

老人保健福祉計画を、この施設適合度を用いて再検討した。老人保健福祉計画の目標数は、両地域とも厚生省のマニュアルに準じた数値であった。この計画に施設適合度を用いると、各地域とも目標年度の各施設入所対象数は、計画の目標数より減少した。逆に、各地域の在宅療養対象数は、計画目標数よりS地域は21.1%、N地域は27.2%も増加することが予測された。一方、在宅要介護老人が、在宅から病院や施設へ移行する事も当然予想される。しかし、今後、老人保健福祉計画に基づいて、在宅支援サービスが整備されるに伴い、全体として計画目標値より在宅療養が増加する可能性もありうる。また新ゴールドプラン、老人保健福祉計画および介護保険制度により、在宅支援制度がどの程度整備されるか不明な点も多い。今後、女性の就労率の上昇、核家族の進行および扶養意識の変遷により、家庭介護力は低下し続け、これを前提とした在宅療養システムは不可能であるかもしれない。しかし、「住み慣れた地域で安心して、誰もがケアを受ける。」地域をつくるために、計画担当者は、この在宅療養者の増加を考慮した一層の社会的支援サービスの質・量の充実を図る必要があるだろう。

V 結 語

人口、世帯構成および医療福祉環境等の異なるS地域、N地域の二地域の病院、特養ホーム、老健施設を利用した要介護老人を対象に、「社会資源が整備された場合」の施設適合度を調査した。各調査項目の判定は、調査施設の婦長等が行った。その結果を用い、二地域の老人保健福祉計画を検討し、以下の結論を得た。

S地域の入院患者の病院適合度は84.6%であり、N地域は66.6%であった。特養適合度は各々96.7%、96.3%であり、老健施設適合度は、0%、6.6%であった。また「社会資源が整備された場合、在宅療養が適当である。」対象者は、S地域の全対象者の11.7%であり、N地域の14.2%であった。入院患者の病院適合度は、性別や年齢区分では差がなかった。しかし、寝たきり度では「自立」群と「準寝たきり」群、「寝たきり」群には有意な差があり、「自立」群が高かった。「痴呆あり」群と「痴呆なし」群との二群間にも有意な差があり、「痴呆あり」群が高かった。老人保健福祉計画を施設適合度を用いて検討すると、在宅療養対象数は、目標より各地域とも約20%程度増加する事が予測された。今後、在宅療養者を対象にした調査を併せて行う事により、地域の全要介護老人のニーズを考慮した対象数を試算することができる。その結果、各地域の施設・在宅サービスを、より一層効率的に展開する事が出来ると思われる。

(受付 '96. 4.12)
(採用 '97. 1.31)

文 献

- 1) 白澤政和. 公的介護保険が地域福祉を推進する条件—ケアマネジメントを鍵として—. ジュリスト 1996; 1094: 26-31.
- 2) 高鳥毛敏雄, 他. 老人の入院及び在宅ケアに関連する要因に関する研究. 日本公衛誌 1990; 37 (4): 255-262.
- 3) 平成3年厚生省「障害老人の日常生活度(寝たきり度)判定基準」作成検討会報告書.
- 4) 厚生省老人保健福祉局監修. 老人の保健医療と福祉—一制度の概要と動向. 東京: (財団法人)長寿社会開発センター, 平成7年, 146-165.

- 5) Donaldson, L.J. Care of elderly in hospitals and homes: foci of discontent. J. R. S. H. 1983; 5: 181-185.
- 6) Rubin SG, Davies GH. Bed Blocking by elderly patients in general hospital wards. AGE AND AGING 1975; 4: 142-147.
- 7) 田宮菜奈子, 他. 寝たきり老人の在宅死の影響に及ぼす要因—往診医の存在, 年齢との関係を中心に—. 日本公衛誌 1990; 37 (1): 33-37.
- 8) 黒田研二, 他. 在宅要介護老人, 病院長期入院老人, 特別介護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究. 日本公衛誌 1992; 39 (4): 215-221.
- 9) 石崎達郎. 老人保健施設利用者の家庭復帰に影響を与える要因—老人保健施設の有効利用のために—. 日本公衛誌 1992; 39 (2): 65-73.
- 10) 岩本晋也, 他. 高齢者の入院実態, 病院機能と在院期間の関係について—山口県の例—. 日本公衛誌 1988; 35 (3): 151-158.
- 11) 寺崎 仁, 他. 病院, 老人保健施設, 特別介護老人ホームにおける高齢者のケア・サービスに関する研究. 日本公衛誌 1994; 41 (8): 671-681.

HEALTH CARE NEEDS OF THE ELDERLY IN LONG TERM CARE FACILITIES AND THEIR SUITABLE PLACEMENTS FOR CARE.

Kimi YAMAZAKI*, Sadayoshi KITAGAWA^{2*}, Yuich NARUSE^{3*}, Sadanobu KAGAMIMORI^{3*}

Key words: Health care need of elderly, Suitable placements for care, Inappropriate hospitalization, Elderly-health welfare planning

In order to obtain information on the elderly cared for in long-term facilities, regarding their needs and the actual services received in these facilities, and to determine which facility could provide the most suitable service, elderly in two areas, urban S area and rural N area, were surveyed.

The results were as follows.

- (1) The proportion of elderly placed in hospitals where the suitable care placements were hospitals was 84.6% in S area, and 66.6% in N area.
- (2) In elderly cared for in long-term facilities, the proportion of persons where the suitable care placement was in-home care was 11.7% in S area, and 14.1% in N area.
- (3) Therefore estimates for the elderly that would be for at home increases by 21.1% in S area and 27.2% in N area than the estimated figures used in plan for Elderly-Health Welfare in 2,000 AD.

* Obama Public Health Center, Fukui Prefectural Government

^{2*} Formerly National Institute of Medical and Hospital Management

^{3*} Department of Community Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University